FICHA DE ANAMNESE

	PESSOAIS			Idade:		
 Ender	 reco:					
			Cidade:			
Estad	lo:		. ()	Tel Com (,	
		Cel ()				
Data	de nasc	Pr	ofissão:		Estado	Civil:
 E- ma	 nil:	-				
	OS DIÁRIOS					
1.	Tratamento	estético anterio	r: () Sim () Não	Qual:		
2.	Usa lentes	de contato: ()	 Sim () Não			
		, ,) Sim () Não Qua	1:		
4.) Não Filtro sola	r: () Sim () Não	
5.		a: () Sim () Não	 Quantidade de ciga	rros/dia:		
6) Sim () Não Freq	wência:		
0.						
	Funcioname vezes / se) 1-2 vezes / sem	iana () 3-4		
	() 1-2 ve					
	• •	le 3 vezes / dia	(ccimo		
			() Regular () Pé			
12.	- Quantas	noras / noite:	• - > :		() D-	- ()
13.			ia):	Allmentação:	() Ro	a ()
	Regular (5	_	
		-		Pratic	a Ativ	ıdade
) Sim () Não				
16.	Que lipo:		Qual fr	equencia:		
		ciconcepcional: () Sim () Não			
18.	Data do pi) Sim ()	rimeiro dia da últ	ima menstruação: _	//	_ Gest	ante: (
19.			Quantas:	_ A quanto te	mpo:	
20.	Anotações:					

IST	ÓRICO CLÍNICO
. Tı	ratamento médico atual: () Sim () Não Medicamentos em uso:
Ar	ntecedentes alérgicos: () Sim () Não Quais:
Po	ortador de marcapasso: () Sim () Não
	lterações cardíacas: () Sim () Não
Qι	uais:
Hi	ipo/hipertensão arterial: () Sim () Não
Di	istúrbio circulatório: () Sim () Não Qual:
Di	istúrbio renal: () Sim () Não Qual:
_	
. D:	istúrbio hormonal: () Sim () Não Qual:
_	istánkis nastna intestinal. () Cim () Não Ouel.
נט	istúrbio gastro- intestinal: () Sim () Não Qual:
) Er	oilepsia- convulsões: () Sim () Não Frequência:
J. L	oriepsia- convursoes. () sim () Nao Frequencia.
 1 A	lterações psicológicas/ psiquiátricas: () Sim () Não Quais:
,	rectações portoregreas, porqueutreas. () orm () não quaro.
 2. Es	stresse: () Sim () Não Obs.
3. Ar	ntecedentes oncológicos: () Sim () Não
	ual:
4. Di	iabetes: () Sim () Não Tipo:
	·
5. A]	lgum tipo de doença: () Sim () Não Qual:

1.	Implante dentário: () Sim () Não Qual:					
2.	Tratamentos Dermatológico/ Estético: () Sim () Não Qual:					
3.	Cirurgia Plástica Estética: () Sim () Não Qual:					
4.	4. Cirurgia Reparadora: () Sim () Não Qual:					
TERMO DE RESPONSABILIDADE						
C S	Eu					
	Assinatura do paciente / Data / CPF Assinatura do Profissional - Data					